



ReaR

ISSN 1989 4090

Revista electrónica de AnestesiaR

Marzo 2012

FORMACIÓN MÉDICA

Estrés Postraumático en Anestesia y Cuidados Intensivos

Marzal Baró JM (1), García-Barquero MJ (2), Gómez-Arnau Díaz-Cañabate JI (1)

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (Madrid).

Clínica Nuestra Señora de la Paz (Madrid).

Resumen

El trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés), es una entidad caracterizada por ser una consecuencia psicológica, acompañada de manifestaciones físicas, después de la exposición a un evento traumático en la biografía de una persona. Es un trastorno que se engloba dentro de los trastornos por ansiedad.

El PTSD tiene sus raíces en los conflictos bélicos, derivando su diagnóstico originariamente de la neurosis de combate observada en los soldados expuestos a los horrores de la guerra. Al adaptar esta entidad a la vida civil, se ha planteado el problema de adecuar los agentes estresores que pueden aparecer en el campo de batalla a los estresores de la vida cotidiana. Se asume que las personas se enfrentan y soportan el estrés de diversas formas, aunque es probable que todos los individuos tengan un punto a partir del cual (si se expone durante suficiente tiempo a un determinado estrés) se supere su capacidad de adaptación al mismo.

Introducción

El trastorno por estrés postraumático ([*PTSD*](#), por sus siglas en inglés), es una entidad caracterizada por ser una consecuencia psicológica, acompañada de manifestaciones físicas, después de la exposición a un evento traumático en la biografía de una persona. Es un trastorno que se engloba dentro de los trastornos por ansiedad.



El PTSD tiene sus raíces en los conflictos bélicos, derivando su

diagnóstico originariamente de la neurosis de combate observada en los soldados expuestos a los horrores de la guerra. Al adaptar esta entidad a la vida civil, se ha planteado el problema de adecuar los agentes estresores que pueden aparecer en el campo de batalla a los estresores de la vida cotidiana. Se asume que las personas se enfrentan y soportan el estrés de diversas formas, aunque es probable que todos los individuos tengan un punto a partir del cual (si se expone durante suficiente tiempo a un determinado estrés) se supere su capacidad de adaptación al mismo.

Es curioso destacar como una vez que se ha presentado el PTSD, el patrón clínico es muy homogéneo (independientemente de la historia psicológica previa o del marco cultural), y la respuesta al agente estresor se basa en la evitación de los estímulos, la

reexperimentación y el aumento de la activación fisiológica.

Por todo ello, se han venido observando 2 problemas:



- Por una parte, es difícil definir los acontecimientos traumáticos que pueden hacer que un sujeto encaje en un diagnóstico de PTSD. Esto a veces hace que se cuestione si incluir las reacciones provocadas por acontecimientos que son perturbadores, pero que no amenazan a la vida (hecho interesante para el objeto del presente artículo, como veremos más adelante). Esta cuestión tiene una trascendencia fundamental sobre todo por las implicaciones médico-legales que se pueden arrastrar.

- Además, es complejo determinar la amplitud del patrón sintomático que puede justificar el diagnóstico de PTSD. La mayoría de las experiencias de campo y estudios psicopatológicos tienen importantes limitaciones, por su carácter retrospectivo y no-controlado, siendo difícil establecer una relación causal entre una manifestación psicopatológica y la exposición previa a un acontecimiento estresante. Cabe destacar el hecho de que muchas víctimas de un estrés extremo no tienen posteriormente psicopatología alguna.

Para el diagnóstico de PTSD la [DSM-IV](#), en su texto revisado, exige la presencia de **6 criterios diagnósticos** que hacen referencia a la exposición, reexperimentación, evitación, activación, duración e impacto que tiene en el paciente. Nos detendremos en el aspecto de la exposición a un agente estresante.

Sea cual sea la gravedad del cuadro clínico, no se considera la presencia de PTSD sin la exposición del individuo a un estresante de determinada naturaleza y gravedad, existiendo mucha controversia sobre el establecimiento del umbral estresante. En ediciones anteriores de la DSM (DSM-III-R), se hablaba de un acontecimiento “*fuera del marco habitual de las experiencias humanas*”. Por desgracia, algunas experiencias que amenazan directamente la vida entran dentro del “*marco habitual de las experiencias humanas*”.



Esto se vio durante la realización de los trabajos de campo previos a la redacción de la DSM-IV, cuando se objetó que la mayoría de los seres humanos sufrían alguna experiencia potencialmente mortal a lo largo de sus vidas (accidentes de tráfico o laborales, crímenes, experiencias bélicas, desastres naturales, etc.). Por ello, en la DSM-IV este criterio fue corregido y escindido en 2 partes: por una parte se describe la naturaleza (y contexto) del estresante, y por otra la respuesta subjetiva que la persona tiene frente a él.

El contexto de la exposición implica que el individuo se vea envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida, excluyéndose experiencias indirectas, impersonales o la preocupación existencial acerca de la vida y la muerte, aun siendo muchas veces temores realistas y fundados. Es complejo manejar aquellos estresores que son perturbadores pero que no constituyen una amenaza para la vida. Por una parte, varios clínicos describían un cuadro de PTSD después de la exposición a estresores menos graves (lo que podría exigir suavizar los criterios para hacer de un suceso un potencial agente desencadenante de PTSD). Pero, por otra parte, unos criterios laxos podrían llevar a una generalización del diagnóstico de PTSD con consecuencias muy beneficiosas para el potencial demandante en una reclamación judicial, al ser un cuadro sintomático bien conocido y fácilmente simulable.

Al ser difícil definir esto, queda en disposición del clínico establecer el grado de exposición. Para ello se evalúa, además de la naturaleza y el contexto como ya hemos explicado, el modo en el que la persona es afectada por el estresante y su reacción al mismo (aparición de sentimientos de “temor, desamparo y horror”).

¿Puede un diagnóstico grave y que condicione una intervención quirúrgica de importancia participar en la génesis de PTSD?

Como ya se ha expuesto anteriormente, algunos estudios^{1,2,3} parecen indicar que un número importante de pacientes graves (de un 8,8 a un 18%) sufren trastornos psiquiátricos (que incluyen PTSD). La DSM-IV-TR especifica la necesidad de un riesgo para la vida real e inmediato en el tiempo, relativizando de manera expresa la preocupación sobre su supervivencia que una persona

puede sufrir al conocer un diagnóstico grave.



La [DSM-IV-TR](#) propone el concepto de **trastorno adaptativo** en aquellas reacciones clínicamente significativas en respuesta a un estresante psicosocial con un nivel de psicopatología inferior a los umbrales de criterio requeridos para otros trastornos. El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando una presentación cumple los criterios para un trastorno más específico, aunque haya existido un estrés implicado en la etiología.

Esto quiere decir, que el trastorno adaptativo encaja en aquellos pacientes que sufren alteraciones psicopatológicas como respuesta a un estresante (aunque éste no tiene que ser necesariamente “menor”), pero que no cumplen criterios suficientes para encajar en un síndrome mayor. Además la duración de los síntomas es inferior a 6 meses, una vez finalizada la exposición al agente estresante.

No es igual el paciente que sufre un infarto agudo de miocardio mientras realiza sus actividades cotidianas, que le condiciona una parada cardiorrespiratoria de la que es reanimado y que se somete a una cirugía cardíaca de derivación coronaria (que podría sufrir PTSD con reexperimentación y flashbacks al realizar las mismas actividades que realizaba cuando sufrió el IAM o con el sonido de la sirena de una ambulancia),

que aquel que sufre una valvulopatía degenerativa que le conlleva una merma en su capacidad funcional y clínica (pudiendo desarrollar un trastorno adaptativo) y que se somete también a una cirugía cardíaca para corregirla definitivamente.

Por todo ello, y aunque no resulta fácil dar una respuesta definitiva a la pregunta arriba formulada, una reflexión sobre la situación del paciente ante la enfermedad o los acontecimientos que le sobrevienen durante la misma excluye la posibilidad de la génesis de PTSD exclusivamente por el temor que el paciente puede sentir ante una enfermedad grave y potencialmente letal.

Bibliografía

1.- Rothenhäusler H-B, Grieser B, et al. Psychiatric and psicosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a

prospective 12-month follow-up study. Gen Hosp Psychiatry 2005;27:18-28. ([PubMed](#))

2.- Tedstone J, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. Clin Psychol Rev 2003; 23:409-48. ([PubMed](#))

3.- Stoll C, Schelling G, et al. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. J Thorac Cardiovasc Surg 200; 120: 505-12. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

José María Marzal Baró

jmmarzal@gmail.com

FEA Anestesiología y Reanimación.

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón
(Madrid).

[Publicado en AnestesiaR el 15 de febrero de 2012](#)